



DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:Nombre/s:

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino?

☐ SI, y tiene el DNI físico

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite

☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:CUIL: - -

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?

☐ SI

☐ NO

¿Posee documento extranjero?

☐ SI, tipo de doc.: N°:

☐ NO

Identidad de género:

☐ Mujer

☐ Mujer trans / travesti

☐ Varón

☐ Varón trans / masculinidad trans

☐ No binario

☐ Otra

☐ No desea responder

Lugar de nacimiento:

☐ En Argentina

☐ En el extranjero

Nacionalidad:

Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia:

☐ Buenos Aires

☐ Otra (especificar):

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito:Localidad:

DOMICILIO

Calle:N°:Piso:Torre:Depto:

Entre calle:y calle:Otro dato:

Provincia:Distrito:Localidad:

Teléfono: (cód. área:)Teléfono celular: (cód. área:)

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos:

☐ SI

 Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento:

☐ NO tiene hermanas o hermanos

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:

☐ SI

☐ NO

Otra/s lengua/s:

☐ SI

☐ NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?

☐ SI

☐ NO

¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)?

☐ SI

☐ NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

☐ A pie/Bicicleta

☐ Transporte escolar DGCyE

☐ Colectivo

☐ Tren

☐ Vehículo particular

☐ Taxi/Remis

☐ Otro

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?

☐ SI

☐ NO

 En caso afirmativo: Obra social:N° Afiliado:

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?	SI	NO	¿Requirió internación?	SI	NO
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO	
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO	

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿en qué año?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Celiaquía	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado
Nombre escuela:	Nº:
A completar por el establecimiento: Clave provincial:	CUE:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: ☐ Argentina ☐ Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar):	Distrito:
Nivel/Modalidad:	Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado
Dependencia: ☐ Oficial ☐ Municipal ☐ Nacional ☐ Privada ☐ Otros organismos	
Nombre escuela:	Nº:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en (edad al 30/06 del año lectivo de inscripción):

☐ 45 días a 1 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años

Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐ Noche

Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante al Nivel ☐ Regular ☐ Reinscripta / Reinscripto

TRAYECTORIA EDUCATIVA

Solo para estudiantes de 3 a 5 años de edad: ¿Asistió a Jardín Maternal? ☐ SI ☐ NO

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

☐ No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? ☐ SI ☐ NO

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): ☐ SI ☐ NO

Centro de Educación Física (CEF): ☐ SI ☐ NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

☐ Comedor ☐ Desayuno y Merienda

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____ Nacionalidad: _____

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: _____ N°: _____ ☐ NO

Profesión u ocupación: _____ ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____

Entre calle: _____ y calle: _____ Otro dato: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Teléfono: (cód. área: _____) _____ Teléfono celular: (cód. área: _____) _____

Correo electrónico: _____

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Tipo de doc: _____ N°: _____ Describa restricción: _____

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: _____ N° de Matriz: _____ N° de Folio: _____

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable: _____

Aclaración: _____

Fecha de inscripción: _____ / _____ / _____

Firma Directora o Director: _____

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar Fecha

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

.....
Documento Tipo Número

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE

.....
Documento Tipo Número

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual I I.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcando daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

DIRECCIÓN GENERAL DE
CULTURA Y EDUCACIÓN



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES